

Éditorial

Les représentations sociales : un vecteur-clé des interventions en santé publique

Quelques articles du présent numéro portent spécifiquement sur les représentations sociales de différents acteurs tandis que d'autres articles y font référence, abordant les facteurs explicatifs des comportements ou des habitudes en matière de santé. M. Lenoir et D. Berger explorent les représentations du bien-être de l'élève adolescent selon une équipe éducative ; D. Berger et P. Courty proposent de cerner les représentations développées par des enseignants, infirmiers et travailleurs sociaux en formation sur le cannabis et l'impact sur leur futur rôle d'éducateurs sanitaires ; D. Houéto et al. s'intéresse aux représentations de la fièvre de l'enfant pour mieux comprendre le recours – ou non – aux soins par les parents.

Selon la tradition française des représentations sociales (voir par exemple, Moscovici, [4] ou Jodelet [2]), il n'existe pas a priori de réalité objective telle que définie par les composantes objectives d'une situation ou d'un objet. Toute réalité est représentée, appréhendée par l'individu. Elle est reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs, qui dépend de son histoire, de ses expériences et du contexte social et même idéologique qui l'environnent. Dans leur article, Lenoir et Berger soulignent ainsi que : « les représentations sont conçues comme un ensemble d'idées coordonnées et de modèles explicatifs cohérents utilisés par chacun pour raisonner face à des situations qui posent problème... Elles seraient la construction d'un savoir ordinaire élaboré à travers des valeurs et des croyances partagées par un groupe social qui donneraient lieu à une vision commune se manifestant au cours des interactions sociales ».

Ces représentations sont constituées d'éléments informatifs, idéologiques ou normatifs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, d'opinions et d'images [3]. Elles constituent la « conception », « l'imagerie mentale », « le point de vue » des acteurs à l'égard de la santé, de la maladie, du bien-être ou de tout autre objet et s'insèrent dans des catégories mentales, intimement liées à l'affect des individus. Elles constituent ainsi une forme de savoir permettant aux individus d'acquérir des connaissances, de les intégrer dans un cadre classificatoire, et par là, de comprendre et d'interpréter la réalité. L'objet est toutefois investi d'une signification qui varie en fonction des acteurs (élèves, éducateurs, patients, médecins, adulte, intervenant, politique) qui expriment par là leur identité sociale et culturelle. Les représentations définissent ainsi un cadre de référence commun, nécessaire à toute communication sociale, renforçant l'identité du groupe et permettant aux individus d'exprimer leur identité et de se situer dans le champ social [1].

L'analyse des représentations sociales est pour le praticien d'une grande utilité parce qu'elle lui permet d'accéder au registre des termes, des attitudes, des croyances et des valeurs d'un groupe d'acteurs à l'égard d'un objet de santé et ainsi de mieux comprendre ses pratiques. Jodelet [2] et Moscovici [4] privilégient en effet un modèle selon lequel les représentations orientent les pratiques, influençant les attitudes et les comportements des individus. Les représentations définissent ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte donné, reflétant les règles et les normes sociales [1].

Dans le cas des choix alimentaires, pour ne nommer que ceux-ci, les dimensions affectives (associer les sucreries à des récompenses), morales (considérer que bien nourrir sa famille, c'est lui donner de la viande), attitudinales (croire que le lait est bon ou mauvais pour son enfant) sont au cœur même des représentations sociales qui dictent nos pratiques alimentaires. Ignorer ces représentations dans nos

programmes de santé publique, c'est ignorer les rationalités qui dictent nos conduites. L'analyse des représentations sociales s'avère ainsi un pré requis à toute intervention, à toute pratique de proximité favorisant un rapprochement à « l'autre » et nécessaire pour le cerner davantage. Elle est une condition pour développer des interventions congruentes avec la conception de la santé des acteurs à qui sont destinées nos pratiques en santé publique.

Toutefois, si les représentations sont souvent des productions discursives, elles peuvent aussi ne pas être conscientes ou exprimées (notamment lorsque l'objet de la représentation est le corps ou la santé), et c'est alors au travers des pratiques qu'elles peuvent être appréhendées. Lahlou [3] montre ainsi dans son étude sur les représentations sociales de l'alimentation que l'apprentissage du paradigme alimentaire, son institution en tant que croyance est largement renforcé par la pratique quotidienne du manger. L'observation ethnographique des pratiques deviendra de ce fait parfois nécessaire pour cerner les représentations des groupes.

L'hétérogénéité de la population cible des interventions (homme-femme-enfant, adolescent, adulte/personnes socio-économiquement favorisées versus défavorisées/multiplicité des appartenances ethnoculturelles/urbains versus ruraux) constitue un autre problème en santé publique car elle signifie la coexistence d'une multitude de représentations sociales à l'égard des problématiques de santé. Le défi consiste d'une part, à se décentrer d'une vision d'expert pour cerner la vision « de l'autre ou des autres » et d'autre part, à établir ce qui est commun à ces conceptions de la santé pour que les interventions sintonisent avec les multiples demandes et perceptions de la population. Dans un contexte de ressources illimitées, on pourrait imaginer réaliser autant d'interventions que de groupes cibles, mais comme praticien, nous sommes inévitablement confrontés à des choix. L'identification des priorités de santé ne peut s'appuyer seulement sur les priorités épidémiologiques, elle devrait tenir compte des perceptions et des représentations sociales des populations concernées.

Si le praticien de santé publique circonscrit adéquatement les points de vue des populations auxquelles il s'adresse, il lui est plus facile d'encoder les messages, d'élaborer des interventions de proximité, pour les adapter à la réalité des divers acteurs et ainsi de mieux faire saisir leur pertinence. L'illustration des comportements santé et la divulgation de résultats de recherche sont en effet plus convaincantes et percutantes lorsqu'elles sont compatibles avec la conception de la santé des différentes clientèles cibles.

Les articles de ce numéro présentent une diversité tant au niveau des pratiques que des analyses des représentations sociales en santé publique. Il s'agit de deux types de connaissances en interaction dans la définition et le type d'interventions auprès de clientèles cibles.

Lise Renaud, Ph.D. et Christine Thoe, Ph.D.

UQAM - Département de communication sociale et publique
CP 8888, succursale Centre Ville - Montréal, Québec, H3C 3P8

BIBLIOGRAPHIE

1. Abric J.C. Pratiques sociales et représentations. Paris : PUF 1994 : 251 p.
2. Jodelet D. « Les représentations sociales : un domaine en expansion ». In Les représentations sociales. Sous la dir. de D. Jodelet, Paris, PUF ; 1994 : 31-61.
3. Lahlou S. Penser manger. Alimentation et représentations sociales. Paris : Presses Universitaires de France, 1998 : 239 p.
4. Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public. Paris : PUF, 1961/1976 : 512 p.